

様式第9号（用紙 日本産業規格A4縦型）

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた医療提供体制設備整備事業の補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所在地

名 称

代表者 氏 名

（市町にあつては、市町長 氏 名）

（注） 法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名